

Formulario Sobre Informacion Medica del Paciente

Por favor complete el siguiente formulario tan completamente como sea posible. La información contenida en este confidencial formulario de historia clínica es fundamental para la evaluación de su visión y la salud .

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Historia Medica/de Ojos

Usted o alguien de su familia ha sido tratado por alguno de lo siguiente? Por favor indique la persona:

- | | | |
|------------------------|--------------------------|-------|
| Ceguera | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Cataratas | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Problemas Corneales | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Glaucoma | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Enfermedad del Corazon | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Ojo Vago | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Degeneracion Macular | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Problemas de Retina | <input type="checkbox"/> | _____ |

Historia de Ojos del Paciente

Fecha de su ultimo exam de vision: _____

Por cual Doctor? _____

Ha usted tenido sirugia relacionada a sus ojos?

- Yes No

Have you ever experienced, been diagnosed or treated for any of the following?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vision Borroza | <input type="checkbox"/> Ardor en los ojos |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Abrasion Cornea |
| <input type="checkbox"/> Ojo Cruzado/volteado | <input type="checkbox"/> Doble Vision |
| <input type="checkbox"/> Infecciones del Ojo | <input type="checkbox"/> Herida de Ojo |
| <input type="checkbox"/> Destellos de Luz | <input type="checkbox"/> Floaters/Spots |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Sensacion Arenosa en el Ojo |
| <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Uveitis |
| <input type="checkbox"/> Comezon | <input type="checkbox"/> Ojo Vago |
| <input type="checkbox"/> Degeneracion Macular | <input type="checkbox"/> Sequedad de ojos |
| <input type="checkbox"/> Desprendimiento de Retina | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la Luz |
| <input type="checkbox"/> Lagrimeo | <input type="checkbox"/> Dificultad de vision en la noche/oscuridad |
| <input type="checkbox"/> Lentes Incomodos | |
| <input type="checkbox"/> Otros problemas relacionados a los ojos: | _____ |

Historia Medica del Paciente

Medico de la familia: _____

Domicilio: _____

Fecha de su ultimo chequeo fisico: _____

Altura: _____ Peso: _____

Medicamentos Actuales (Rx y tambien sobre contador)

(Nombre de la lista de medicamentos, incluyendo gotas para los ojos, vitaminas y píldoras anticonceptivas, dosis y frecuencia. Por favor, traiga una lista si es posible): _____

Tiene alergias a ciertos medicamentos? Si No

Si, caules? _____

Usa tobacco, alcohol, o cualquier otras sustancias?

Si No

Historia Medica del Paciente, Continuada

Ha sido usted diagnosticado o tratado para alguno de lo siguiente?

| | Yes | No |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Alergias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Artritis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sangre/Linfatico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bronquitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cancer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Colesterol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Digestivo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oidos/Nariz/garganta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Endocrino | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eczema/Sarpulidos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fatiga | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fiebre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Genitourinario | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alta Presion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Integumentario (Piel) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rinones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Muscular/Oseo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Neurologio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psicologico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Respiratorio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Seno nasal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infecciones de Garganta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tiroides | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inusual perdida/ aumento de peso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |